NO 6053 レジメン名 **レミケード(10mg/kg)**

病棟 患者番号 氏名	癌種	ステージ	PS	クール数	指示医師名

年齢	身長	体重	体表面積	GFR(血清クレアチニン値)
歳	cm	kg	㎡	ml/min (mg/dl)

【適応】 ①リウマチ ②クローン ③乾癬

① レミケード 10 mg/kg リウマチ(10mg/kg/8week)
② レミケード 10 mg/kg クローン(10mg/kg/8week)
③ レミケード 10 mg/kg 乾癬(10mg/kg/8week)

初回投与後、2週、6週に投与し、以後8週間の間隔で投与
★ TSE(伝達性海綿状脳症)説明必要
★ ソルメドロールの前投与の有無はリスク・ベネフィットを考慮する

CCr補正	GOT補正	T-Bil補正
–	–	–

WBC基準	HGB基準	PLT基準
–	–	–

平成20年1月4日 改訂

NO	薬品1	規格	本数	薬品2(規格本数)	時間・投与法
①	レミケード( )mg	100mg	本	▲生食250mL	既定の点滴速度で！！(2時間以上かけて)
②	生食50mL		1 本		ﾚﾐｹｰﾄﾞ終了後～全開で点滴

【点滴速度】初回～3回目まで

0～30分・・・・・・・・・40mL/時間

30～60分・・・・・・・・80mL/時間

60分～終了時・・・・・160mL/時間

アレルギーなどの問題ない症例での

4回目以降の点滴速度(5mg/kgまでの場合)

投与開始～250mL/時間で1時間点滴

【看護師注意事項】

○点滴セットはJMS社製JY－PFC341F7を使用

○レミケード100mg チェックリスト(別紙)を使用 ☆Infusion reaction の報告あり。十分な観察が必要。

202201更新

月日			指示	指示医	受け	監査	払い	払監	調製	調監	前確	実施
			① DAY1									